

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE 886

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Claude, Jean, Pierre, André CERISIER

Né le 25 Avril 1929, à PARIS

présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS DE SIX OBSERVATIONS
DE DIVERTICULE DE MECKEL

Président : Monsieur M. FEVRE (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI^e

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Claude Jean Pierre André C E R I S I E R

né le 25 avril 1929 à P A R I S

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--



A PROPOS DE SIX OBSERVATIONS DE

DIVERTICULE DE MECKEL

--

Président : Monsieur M. FEVRE (Professeur)

--

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1958



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROCC, CADENAT, CHABROL, CHAMPY, CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD, HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL, TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. } et aux Sports }	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale	BERNARD J.
Carcinologie	REDON
Chimie Méd.	JAYLE
Clinique Chir.	{ Hôtel-Dieu MENEGAUX
	{ Salpêtrière MOULONGUET
	{ Cochin QUENU
	{ Beaujon SICARD
Clinique Chir. cardio-vasculaire	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et } orthop. }	MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et } d'orthop. }	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MATHEY
Clinique de la Tuberculose	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puériculture	LELONG
Clinique des maladies cutanées } et syphilitiques }	DEGOS
Clinique des mal. du sang	MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET
Clinique des Maladies mentales et } de l'encéphale }	DELAY

MM.

Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	} BOULIN
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO
	BARIETY
Cliniques Médicales	JUSTIN-BESANÇON
	MOREAU
	de GENNES
Clinique Méd.hydro-climat.thérap.	DEBRAY
Clinique Médicale Propédeutique	{ PASTEUR VALLERON
	{ RADOT
Cliniques Obstétricales	{ LANTUEJOL
	{ VARANGOT
	{ LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique Ière Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd.Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist.nat.Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path.expérimentale et comparée	LENEGRE
Path.Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut.générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N..
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie Médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	{ CABROL	Pat.chir.	{ DUBOST
	{ DEBEYRE		{ FAUREL
	{ DELMAS		{ FLABEAU
	{ OLIVIER G.		{ GERMAIN
Ana.Path.	{ Melle GAU-		{ GOSSET
	{ THIER V.		{ LAURENCE
	{ BUSSER		{ LORTAT-JACOB
Bactério- logie	{ GOUYGOU		{ OLIVIER (Cl.)
	{ CHRISTOL		{ POILLEUX
Biol.Méd.	{ NEVOT		{ THOMERET
	{ BOURLIERE		{ VERNE (J.M.)
Chimie Méd.	{ ETTORI	Pat.expéri- ment.	{ MAURICE
	{ POLONOVSKI J.		{ LOEPER
Dermato-syph.	DUPERRAT	Path.Méd.	{ BOUVIER
Embryologie	TUCHMANN		{ BOUDIN
Histologie	{ COUJARD		{ BRICAIRE
	{ N.		{ BRISSAUD
Hydrologie	CORNET		{ CASTAIGNE
Hygiène	{ BOYER		{ CONTE
	{ DEPARIS		{ DEROT
Mal.infect.	BASTIN		{ DOMART
Médecine) légale et du Trav.)	{ DEROBERT		{ LAMOTTE
	{ GAULTIER		{ LAROCHE
Neurochir.	{ HADENGUE		{ MACREZ
	{ DAVID		{ MILLIEZ
Neurologie	{ LHERMITTE		{ PEQUIGNOT
	{ GRASSET		{ PERRAULT
	{ LE LORIER		{ RAMBERT
	{ LEPAGE		{ ROYER
	{ MERGER		{ THIEFFRY
	{ MORIN		{ TURIAT
	{ RAVINA		{ WOLFROMM
Obstétrique	{ ROBEY	Pédiatrie	{ POLONOVSKI Cl.
			{ MOZZICONACCI
		Pharmacol.	{ JOSEPH
			{ Melle LEVY
		Physiol.	{ BARGETON
Ophtal- mologie)	{ BREGEAT		{ DEJOURS
	{ DESVIGNES	Physique } Médicale }	{ PARROT
Orthopédie	JUDET		{ DJOURNO
Oto-rhino- laryngol.)	{ AUBRY		{ GOUGEROT
	{ MADURO	Pneumo-phtis.	{ KREIS
Parasito.	BRUMPT		{ BARUK
Parasito col.	{ CHABAUD	Psychiatrie	{ PICHOT
	{ ABOULKER		
	{ BARCAT		
Path.chir.	{ BAUMANN		
	{ CAUCHOIX		

MM.
 Psych.infant N...
 Rhumatologie DELBARRE
 Stomato. (CHAPUT Mme
 (CERNEA

MM.
 Urologie.....KUSS
 Thérapeut.....CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
 ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
 pour le Service des Examens

M. LE LORIER

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
 AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
 A TITRE PERMANENT

MM.
 (AMELINE
 (HUGUIER
 Clin.Chir. (LEGER
 (PADOVANI
 (ROUX
 Clinique) (ECALLE
 obstét.) (MAYER
 Clin.opht. OFFRET

MM.
 Urologie.....N...
 (DREYFUS
 Clinique M (HAGUENAU
 (KOURILSKY

Secrétaire de la Faculté..... M. MOREL
 Secrétaire-Adjoint..... Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef..... Dr HAHN
 Conservateur..... Melle GOICHON
 (Melles DUMATTRE
 LE NOIR
 LAURENT
 QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
 dissertations qui lui seront présentées, doivent
 être considérées comme propres à leurs auteurs et
 qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
 ni improbation.

À mes Parents,

En modeste hommage à tous
leurs sacrifices.

Affectueusement.

A ma Femme,

en profonde affection.

A mon Fils Patrick

A mes Beaux-Parents

Affectueux remerciements.

A ma Famille

A mes Amis

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur Marcel FEVRE

Professeur de Clinique Chirurgicale
Infantile à la Faculté de Médecine
de Paris

Membre de l'Académie de Chirurgie
Officier de la Légion d'Honneur

En hommage de reconnaissance
pour le grand honneur qu'il
nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.



A Messieurs les Docteurs

Jean MAES
Jacques DEZOTEUX
Pierre CHALOCHE

Chirurgiens et Médecin du Centre
Hospitalier d'Abbeville

Qui nous ont fourni le sujet
de cette thèse. En témoignage
de profonde reconnaissance
pour leurs nombreux conseils.

Respectueux attachement.

A mes Maîtres

Professeurs des Hôpitaux de Paris

A PROPOS DE SIX OBSERVATIONS
DE DIVERTICULE DE MECKEL

- :-



INTRODUCTION

-:-

La pathologie du Diverticule de Meckel, bien que de connaissance récente, guère plus d'une soixantaine d'années, s'est très vite enrichie d'observations, de statistiques et de travaux multiples. Actuellement, il semble que tout soit dit sur ce sujet. Cependant, les quelques observations que nous avons pu relever grâce à l'amitié des chirurgiens et médecin du Centre Hospitalier d'Abbeville nous ont paru intéressantes à publier.

Tout d'abord une forme pseudo-tumorale chez un sujet âgé, ensuite une forme pré-occlusive où le diagnostic clinique fut porté avant l'intervention grâce à la persistance d'un tractus fibreux fixé à l'ombilic, enfin, nous avons pensé mettre en parallèle quelques autres formes avec des observations plus anciennes et déjà connues pour montrer, s'il le fallait encore, la nécessité pour le médecin praticien de penser à la possibilité d'un diverticule de Meckel devant une affection abdominale, qu'elle soit aiguë ou chronique.

-:-

HISTORIQUE

-:-

Découvert pour la première fois semble-t-il par RUYSCH en 1698, il y a plus de deux cent cinquante ans, le diverticulum ilei est de nouveau décrit dans les travaux de LITTRE et MERY au début du dix-huitième siècle puis par MORGAGNI qui lui attribue une origine congénitale.

Etudiée particulièrement par MECKEL entre 1809-1812, qui en précise l'embryologie, cette évagination va désormais porter le nom de Diverticule de Meckel.

Il faut attendre la fin du dix-neuvième siècle pour voir fleurir une littérature de plus en plus abondante sur la pathologie de ce diverticule. Les observations se multiplient tant en France qu'à l'étranger.

L'atteinte inflammatoire ou diverticulite fait l'objet des travaux de PICQUE et GUILLEMOT, de CAHIER, de la thèse de BLANC en 1898, des observations de DEETZ, OMBREDANNE, FEVRE et PATEL, TAVERNIER et GUILLEMET, COLLINS, JAY...

Les formes ulcérées, perforées ou hémorragiques isolées par HILGENREINER en 1902 sont recherchées et publiées par FORGUE et RICHEL, MONDOR, FEVRE et SEMELAIGNE, PATEL, LAMY, DEBRE et BOPPE, BRASSER, MOLL... elles font l'objet de nombreuses thèses : MONTAGNARD, LENDORMY, DELON, HUTINEL, Madame LE BAYON.

Signalées au milieu du dix-huitième siècle par AMYAND, les occlusions d'origine meckelienne donnent naissance aux travaux de FALK (1835), PARIZE, CAZIN, HILGENREINER (1904), FORGUE et RICHE, HELLER, GIBBINS, HARKINS, LAPEYRE et COURTY, BAILLAT et de CLISSON, GUILLEMET-STAGNARD, SCHNEPP..., aux thèses de MASQUERE, GOGIBUS, SARRAZIN.

Enfin, les formes herniées et tumorales ont inspiré les thèses de FROIS et JAMET.

De nombreux auteurs ont pensé faire appel à la radiologie afin de préciser le diagnostic clinique. Nous citerons les travaux de ALVARY, AUGUSTE, DELANNOY, JACQUET, BENSON, BUTLER, CAPLAN et BADNER, CASE, GAY, JAMES, NEMOURS-AUGUSTE, OWEN, PREVOST, WEBER... Bien que de très belles images aient été obtenues, la visualisation du diverticule demeure le plus souvent difficile voire impossible : difficultés tenant d'une part à la forme, d'autre part à la situation de cet appendice.

GENERALITES

--:-

Quoique relativement rare, environ 2 % des individus en seraient porteurs, cette anomalie aurait une prédilection pour le sexe masculin (AUGIE, ROGIE, KELYNACH). Pour certains auteurs, le diverticule de Meckel représente "l'appendice du grêle" (ROBYN).

Anomalie embryologique unique, cet appendice est un vestige du canal omphalo-mésentérique reliant la vésicule ombilicale au sommet de l'anse vitelline de l'intestin primitif dès la fin de la troisième semaine du développement de l'embryon. Normalement, à la fin du second mois, le canal s'atrophie en un cordon fibreux qui disparaîtra à la fin du premier trimestre lors de la fermeture de la paroi abdominale. Cependant, de nombreux défauts d'involution peuvent se produire, constituant de multiples formes (ZUMWINKEL, 1890) en particulier la persistance de l'extrémité proximale du canal vitellin sous forme d'un appendice de forme et de longueur variables, libre ou relié à l'ombilic par un tractus fibreux comme le montre l'observation numéro 2.

Ce diverticule siège, en général, sur le dernier mètre de l'iléon à 70 centimètres du carrefour iléo-caecal. Cependant, quelques observations ont révélé qu'il pouvait se trouver à des distances variant entre trois mètres et vingt-cinq centimètres. Topographiquement, il occupe soit la région péri-ombilicale, soit le cadran inférieur droit le plus souvent en situation paramédiane droite.

Implanté dans la majorité des cas sur le bord convexe du grêle, il peut être cylindrique ou conique (FEVRE) en marteau (HUDSON), en forme de gland (ROGIE), ou multilobé (HYRTL)

Son sommet flotte dans la cavité abdominale ou est relié à la paroi par un mince tractus fibreux vasculaire ou non. De longueur variable, 2 à 25 centimètres, son diamètre est voisin ou inférieur à celui de l'anse grêle qui lui sert d'implantation. Entouré de péritoine sur son pourtour, on trouve parfois une sorte de mésentère dénommé méso-diverticule : des vaisseaux diverticulaires issus de branches de la mésentérique supérieure sont amenés le plus souvent par ce méso-diverticule (LARDENNOIS - OKINCZYK)

Sa structure histologique est analogue à celle de l'intestin grêle : quatre tuniques, séreuse - musculuse - sous-muqueuse - muqueuse. Cette dernière étant seule intéressante à étudier. Les plaques de Peyer sont rares, les villosités peu développées. On notera la fréquence d'inclusions muqueuses hétérotiques du type gastrique ("petit estomac" de GUIBAL), duodénal ou pancréatique.

LES FORMES PSEUDO-TUMORALES
DU DIVERTICULE DE MECKEL

-:-

OBSERVATION N° 1

Monsieur Ahcène T..., âgé de 65 ans, originaire d'Afrique du Nord, marchand de primeurs de son état est installé dans la région depuis de nombreuses années.

Il vient consulter car "il souffre du ventre" depuis longtemps.

L'interrogatoire révèle que depuis plusieurs mois déjà il ressent des douleurs abdominales de siège péri-ombilical, continues, à type de tiraillements, non rythmées par les repas, sans périodicité ni irradiations notables.

Ces algies isolées dans le tableau clinique ne s'accompagnent d'aucun signe digestif; absence de vomissements tant alimentaires que bilieux. L'appétit est conservé. Pas de troubles du transit intestinal : le malade va à la selle régulièrement, les matières sont normales, il ne semble pas y avoir trace dans les antécédents de méloena ou de rectorragies.

A l'examen : sujet maigre mais non dénutri, abdomen d'aspect normal sans déformation. La palpation facile à travers une paroi souple révèle une tuméfaction para-ombilicale droite, mobile, de consistance ferme, douloureuse à la pression, du volume d'une orange.

Le foie ne déborde pas, la rate n'est pas perceptible, rien à signaler au toucher rectal. L'examen général est banal : rien au point de vue cardio-vasculaire, pulmonaire ou nerveux : pas de signe de spécificité . Le malade a toujours été apyrétique.

Le diagnostic posé est celui de tumeur para-ombilicale droite douloureuse.

Des examens complémentaires sont demandés, en particulier un examen radiologique du cadre colique.

Compte Rendu de Radiologie

Lavement Baryté - On note une progression régulière de la substance opaque dans le côlon gauche - l'angle gauche est facilement franchi, les parois et le calibre sont normaux. A la partie médiane du transverse, on remarque un rétrécissement partiel du côlon en entonnoir avec quelques images lacunaires. Le lavement progresse quand même et parvient dans le côlon droit injectant le caecum et le début du grêle.

On se demande quels sont les rapports de cette masse tumorale et l'on pratique un examen des voies digestives supérieures par repas baryté. L'estomac, le bulbe et le duodenum sont normaux.

Le diagnostic radiologique posé est "néoplasme probable du transverse".

L'examen hématologique donne :
Hématies 4.550.000 - Leucocytes 8.500
La formule blanche montre une légère augmentation des polynucléaires neutrophiles.

L'intervention est décidée.

Compte Rendu Opératoire :

Anesthésie générale : penthotal, curare, intubation.

Médiane.

L'on tombe sur une tumeur constituée par des anses grêles accolées au transverse par un processus inflammatoire. Après décollement, on a la surprise de constater qu'il s'agit d'un diverticule de Meckel du type cylindrique dont la pointe est collée intimement au transverse, donnant l'impression d'une fistule diverticulo-colique.

Section du diverticule vers le grêle et enfouissement. Résection d'un segment du transverse épaissi et enflammé.

Suture, bout à bout. Malgré l'aspect inflammatoire, on ferme sans drainage sous contrôle d'antibiotiques (Bipénicilline - Didromycine) et glace.

Paroi en un plan aux crins doubles.

Suites opératoires normales.

Malade actuellement en bon état, menant une vie normale sans aucun trouble.

o

Cette forme pseudo-tumorale du Diverticule de Meckel a déjà fait l'objet de plusieurs observations, en particulier celles rapportées par DEBRE, BOPIÉ et SEMELAIGNE et par TAVERNIER - GUILLEMINET.

Dans le cas de DEBRE, il s'agissait d'un

nourrisson de dix-sept mois dont les manifestations cliniques comportaient des hémorragies intestinales répétées et la perception d'une petite tumeur intra-abdominale para-ombilicale, profonde à la palpation de l'abdomen. L'examen radiologique du cadre colique donna des résultats d'interprétation délicate : "Le lavement baryté remplit normalement le rectum, l'S iliaque, le côlon descendant et la partie gauche du côlon transverse, passe plus lentement dans la partie droite du transverse, dans le côlon ascendant et le caecum. On trouve un aspect lacunaire persistant, sans variation dans toutes les positions sur la partie moyenne du transverse, un peu à droite de la ligne médiane ; la palpation de cette zone paraît douloureuse.

A l'intervention, l'on découvrit "une petite masse grosse comme une noix, englobant le transverse et le grêle constituée par un diverticule de Meckel perforé à sa base dans le transverse et ayant contracté de nombreuses adhérences."

Chez le malade de TAVERNIER, le tableau est assez voisin : à l'intervention, les auteurs disent : "nous avons trouvé presque aussitôt une petite masse inflammatoire accolant une anse grêle au côlon transverse. Après dissection et libération des adhérences on se rendit compte que la masse inflammatoire était formée par un diverticule de Meckel court.

Dans ces deux dernières observations, l'âge d'une part, la présence d'hémorragies intestinales d'autre part pouvaient orienter le diagnostic. Ce ne fut pas le cas chez notre malade où le facteur âge

associé aux phénomènes algiques atypiques qui l'amenèrent à consulter et aux résultats de l'examen radiologique du cadre colique nous orientaient vers un diagnostic tout différent et probable de néoplasme du côlon transverse. Seule l'intervention chirurgicale permit de poser le diagnostic et de lever l'hypothèque d'un avenir très sombre.

LES FORMES OCCLUSIVES DU DIVERTICULE DE MECKEL

-:-

Les occlusions intestinales d'origine meckelienne semblent assez fréquentes. Pouvant survenir à tout âge, l'enfance et l'adolescence étant l'âge optimum (FORGUE et RICHE), certains auteurs ont pu en observer à des âges extrêmes, en particulier citons le cas du nourrisson de CANARDINE opéré le deuxième jour de la vie pour un volvulus.

Dans la grande majorité des observations l'on se trouve devant une occlusion aiguë basse du grêle à type de strangulation ou d'invagination. Pour certains auteurs (FITZ REGINALD) 6 % des invaginations intestinales auraient pour point de départ un diverticule de Meckel.

Parmi les trois observations ci-dessous, le diagnostic a pu être posé avant l'intervention pour l'une d'entre elles : la voici :

OBSERVATION N° 2

Il s'agit du fils d'un cultivateur de la région, le jeune Alain M... âgé de 6 ans, envoyé par son médecin pour syndrome abdominal douloureux datant de quelques jours.

Ce jeune garçon a présenté à différentes reprises depuis une quinzaine de jours des

crises douloureuses abdominales paroxystiques, journalières, d'intensité violente, le faisant pleurer, et siégeant dans la région sous-ombilicale. Leur durée est très variable : de quelques instants à une heure au maximum, débutant brutalement, se calmant brusquement pour reprendre après une période variable de calme absolu.

Elles sont toujours accompagnées de nausées voire de vomissements alimentaires sans qu'aucun rythme ne soit précisable.

Il n'y a jamais eu de troubles du transit intestinal : pas d'arrêt des matières et des gaz, selles d'aspect normal sans présence de sang ou de glaires.

Malgré une apyrexie totale contrôlée par la famille, la répétition des crises douloureuses a entraîné une altération profonde de l'état général. L'enfant a maigri, il est pâle, maussade, inappétent.

L'examen en période de crise permet de noter au niveau de l'abdomen et dès l'inspection, un signe frappant :

La rétraction de l'ombilic.

dès le début de la crise et progressivement, l'ombilic s'enfonce par à-coups dans la paroi abdominale produisant une dépression très nette.

L'abdomen est par ailleurs d'aspect normal : pas de cicatrice d'intervention chirurgicale antérieure, aucun ballonnement. La palpation à travers une paroi uniformément souple est douloureuse sans localisation précise. Le toucher rectal négatif - on ne perçoit ni foie, ni rate - les orifices herniaires sont normaux.

La crise terminée, l'ombilic reprend sa position initiale.

Le restant de l'examen ne révèle rien de particulier à l'exception d'un faciès aux traits tirés, les yeux cernés, marqué sembe-t-il par la répétition des crises douloureuses de ces derniers jours. Température $37^{\circ}2$, pouls bien frappé à 80.

En dehors de la crise rien ne se signale à l'attention.

L'on se trouve donc en présence de phénomènes de torsion d'anses intestinales liés à la présence d'un diverticule de Meckel tenant à l'ombilic.

L'intervention proposée est acceptée.

Anesthésie générale.

Médiane.

On trouve un diverticule de Meckel de type conique relié à l'ombilic par un long tractus fibreux de 5 à 6 centimètres de longueur. Autour de ce tractus, on note des phénomènes de torsion de l'anse grêle.

Résection du diverticule et de son prolongement. Enfouissement. Fermeture.

Suites opératoires sans histoire.

Aucun incident depuis.

Plusieurs faits semblent devoir être retenus au sujet de ce malade :

- la rétraction spasmodique de l'ombilic signant pratiquement le diagnostic,

- l'intensité et la brutalité d'apparition et de disparition des crises douloureuses.

- la localisation de ces algies dans la région para et sous-ombilicale,

- l'absence de toute cicatrice d'intervention abdominale éliminant une question de brides.

o

Dans les deux dernières observations, il s'agit d'invaginations intestinales banales dont le primum movens semble avoir été un diverticule de Meckel.

OBSERVATION N° 3

Brusquement, au milieu de la matinée, le petit Jacques L... âgé de 2 ans $\frac{1}{2}$ présente des douleurs abdominales violentes, rythmées toutes les demi-heures environ. Vu au tout début par son médecin, il est envoyé à l'hôpital.

A son entrée, au début de l'après-midi, les crises douloureuses persistent. L'interrogatoire des parents révèle que l'enfant n'a pas vomé, qu'il n'y a pas eu de selle sanglante. L'examen abdominal est muet : absence de boudin, aucune défense, pas de ballonnement - apyrexie totale : 37° 1.

Vers quinze heures, l'enfant émet une selle sanglante à la fin d'une crise douloureuse. On le ré-examine : à l'inspection de l'abdomen on trouve une asymétrie nette : la palpation ne permet pas d'affirmer l'existence d'un boudin d'invagination.

Le doigtier ramène un filet de sang au toucher rectal. Est-ce une crise de colite ? Le diagnostic d'invagination semble plus vraisemblable.

Un lavement baryté est demandé.

"Le lavement progresse normalement jusqu'au niveau de l'angle colique droit où l'on voit une cocarde très nette. Le lavement est poussé, la réduction s'avère très facile et paraît finalement complète, la baryte passant dans le grêle".

Une nouvelle crise douloureuse survenant deux heures après, une intervention est décidée.

Anesthésie générale, éther.

Incision Mac Burney

Le carrefour iléal est normal, le grêle est gros.

L'appendice parfaitement sain est laissé en place. L'on remarque qu'il existe encore une invagination iléo-iléale, collet situé à une dizaine de centimètres de la valvule, tête près de la valvule.

Réduction facile d'un boudin peu serré. On a la surprise de découvrir un diverticule de Meckel court et conique comme point de départ.

Ectomie du diverticule. Fermeture.

Suites opératoires normales sans incident.

OBSERVATION N° 4

Au petit matin, la jeune Michèle V... arrive dans le service avec le diagnostic d'invagination intestinale porté par son médecin.

Elle présente en effet depuis deux jours des douleurs abdominales violentes, paroxystiques, accompagnées de vomissements alimentaires et bilieux.

Dans la journée d'hier deux selles sanglantes ont été expulsées.

A l'entrée, état subfébrile à 37°8 - Abdomen souple, non ballonné, la palpation n'est pas douloureuse. Deux diagnostics se posent : est-ce une gastro-entérite ? Est-ce une invagination intestinale ? Le toucher rectal n'a rien pu déceler.

A midi, un lavement baryté est pratiqué : le cadre colique s'injecte parfaitement, le caecum se remplit bien.

Au milieu de l'après-midi, reprise des vomissements et des douleurs : émission d'une selle où l'on remarque un à deux filets de sang.

Les douleurs persistant, un nouveau lavement baryté est demandé dans la soirée. On y note un arrêt de la baryte à la partie gauche de l'épigastre avec image en trident qu'on ne peut refouler.

L'intervention est décidée.

Anesthésie générale éther.

Médiane sous-ombilicale.

Transverse plat de bas en haut, jusqu'au caecum flottant,

La terminaison du grêle paraît normale. En remontant le grêle à quarante centimètres environ, on tombe sur une zone de 5 à 6 centimètres dont le péritoine est dépoli, ecchymotique, puis sur un diverticule de Meckel conique enflammé dont le sommet est invaginé.

Résection cunéiforme.

Suture transversale en deux plans au lin. Au niveau d'une extrémité de la suture, le péritoine friable lâche, troisième plan à ce niveau.

Paroi au surjet.

Suites opératoires bonnes.

o

Dans ces deux observations, le diagnostic a posé peu de problèmes : Il s'agissait d'une invagination. Malgré des examens répétés, la radiologie n'apporta aucun fait en faveur d'une étiologie précise et le lavement baryté thérapeutique dans nos deux cas n'empêche pas l'invagination de se reproduire à nouveau obligeant à l'intervention, heureuse du reste, puisqu'un diverticule de Meckel fut découvert et ectomisé.

Il apparaît donc qu'au cours de toute intervention pour invagination intestinale, l'exploration du grêle à la recherche d'une étiologie meckelienne soit de rigueur.

LES FORMES INFLAMMATOIRES ET PERFOREES

-:-

Nombreuses sont les observations de diverticulite ou de péritonite meckelienne. CAHIER écrivait au début du siècle en 1906 dans la revue de chirurgie "le volume et la situation des diverticules les exposent plus que l'appendice". Nous pourrions dire aussi que souvent on omet d'y penser soit au stade de l'examen clinique soit au stade de l'exploration chirurgicale, ce qui peut entraîner des conséquences graves voire mortelles pour le patient.

C'est le cas de l'enfant opéré par TREPLIN : "Le diagnostic posé fut celui d'appendicite aiguë. A l'intervention, on trouve quelques traces d'inflammation péritonéale mais un appendice normal qui fut enlevé" ; quelques semaines après, "une crise douloureuse survenait avec apparition d'une tuméfaction ombilicale qui, incisée, contenait du pus - une fistule persista avec issue de liquide gastrique - seconde intervention : on trouve un ulcère sur un diverticule de Meckel".

Dans l'observation de BRASSER la non exploration de la fin du grêle eut une conséquence mortelle. Il s'agissait d'un garçon de quinze ans présentant des hémorragies intestinales. Une laparotomie exploratrice ne trouva rien (le diverticule de Meckel n'est pas recherché) on referme. Huit jours après, l'enfant meurt

par perforation d'un diverticule. Il en est de même dans l'observation de MOLL où le diagnostic porté fut celui de tuberculose intestinale. On trouva des ganglions enflammés et du liquide : on referma. L'enfant mourut huit jours après d'une perforation de Meckel.

A l'opposé, nous citerons l'enfant opéré par GARNIER dans le service d'OMBREDANNE : "... malgré un appendice normal, une exploration du grêle fut faite" et l'opérateur tombe sur "un diverticule de Meckel enflammé, conique et mamelonné".

Notre observation ci-dessous montre cette nécessité d'exploration systématique.

OBSERVATION N° 5

Brutalement, en pleine santé, le jeune Jacques B..., âgé de neuf ans, s'est plaint de douleurs violentes abdominales. Il a vomé deux fois. La température est montée rapidement à 40°. Son médecin le fait hospitaliser.

A son entrée, c'est-à-dire quelques heures après le début, l'on se trouve devant un enfant geignant, au faciès tiré. La température à 39°8, le pouls à 128.

L'abdomen ne respire pas. La palpation douloureuse montre une contracture des droits abdominaux. La région appendiculaire n'est pas plus sensible que le reste de l'abdomen. Au toucher rectal, Douglas sensible sans plus.

Le restant de l'examen est par ailleurs négatif : ni diarrhée, ni constipation : l'enfant a été à la selle le matin. Les

poumons respirent normalement.

Le diagnostic porté est celui de :
"Syndrome aigu à type péritonéal".

L'intervention est décidée.

Anesthésie générale éther.

Incision Mac Burney.

"On trouve un péritoine sec : l'appendice parfaitement sain est ectomisé. En remontant le grêle, on trouve à une trentaine de centimètres un diverticule infundibuliforme enflammé.

Résection.

Fermeture.

Suites opératoires normales, sans incident.

o

OBSERVATION N° 6

Le jeune Claude T..., âgé de six ans, est admis d'urgence pour syndrome appendiculaire subaigu.

Depuis quarante-huit heures ce jeune garçon souffre du ventre. Le début de la maladie a été insidieux : Progressivement les douleurs ont augmenté de durée et d'intensité, accompagnées de vomissements alimentaires et bilieux et d'un épisode diarrhéique sans aucun signe hémorragique du reste. La température est montée à 38°8.

L'examen d'un tel sujet s'avère très dif-

ficile, enfant craintif, criant sans arrêt.

L'abdomen respire mal mais n'est pas déformé. La palpation prolongée permet de noter une défense de la fosse iliaque droite se prolongeant dans la région sous-ombilicale. Le douglas est très sensible au toucher rectal.

L'on ne note rien de particulier en terminant l'examen.

tachycardie à 120

température à 39°

Poumons normaux à l'auscultation

Rhino-pharynx normal.

Intervention :

Anesthésie générale : éther

Incision Mac Burney

On trouve un appendice enflammé que l'on enlève et du pus dans le péritoine.

En remontant le grêle, on tombe sur un diverticule de Meckel du type conique très enflammé de très mauvais aspect, envahi d'épiploon.

Ectomie - Mickulicz.

Suites opératoires normales.

o

Notre dernière observation est à rapprocher de l'observation de DEETZ ou de celle de FEVRE et PATEL que voici :

"Il s'agit d'un jeune enfant de sept ans qui a présenté la veille des douleurs abdominales violentes sous-ombilicales paramédianes droites. Vomissements, température à 39°, pouls à 120.

A l'intervention :

"Incision iliaque droite, pus fétide, appendice enflammé, appendicéctomie, on remonte le grêle, rouge et dilaté, on tombe sur un Meckel perforé à sa base à l'emportepièce."

Nous pouvons donc conclure qu'au cours de toute laparotomie, que l'appendice soit sain ou non, que le péritoine soit sec ou rempli de pus, il faut explorer de façon systématique la fin du grêle afin de ne pas laisser évoluer un diverticule de Meckel toujours possible.

DIAGNOSTIC

-:-

Les problèmes diagnostiques posés par la présence d'un diverticule de Meckel ne sont pas toujours aisés à résoudre.

Tout d'abord comme le dit H. MONDOR "Penser au diverticule devant toute péritonite par perforation".

Les tableaux cliniques sont très variables liés évidemment à la pathologie complexe de cet appendice. Cependant à de très rares exceptions près ils ont un dénominateur commun : le syndrome abdominal aigu, que ce soit une diverticulite (obs. n° 5 et 6), un volvulus (obs. n° 2), une invagination (obs. n° 3 et 4). Seul notre cas n° 1, la forme pseudo-tumorale, relevait de la chronicité. Les 5 examens radiologiques auraient pu nous aider, il n'en fut rien ! bien au contraire pourrions-nous dire, car le diagnostic porté fut celui de néoplasme probable du transverse, avec les restrictions habituelles sur l'évolution post-opératoire. Peut-être le siège de la tumeur aurait-il pu permettre de soulever la possibilité d'un Meckel dans le diagnostic différentiel ?

Dans les cas de diverticulite, le problème ne fut résolu qu'à l'intervention. Dans le premier cas, l'appendice quoique sain est ectomisé et l'exploration persévérante permet de trouver la cause. Dans le second cas, l'appendice étant malade, on pouvait cependant se contenter de cette

cause, pourtant la recherche d'un diverticule fut récompensée et le diagnostic redressé. Il faut donc se souvenir que "le diagnostic clinique erroné et non redressé par la laparotomie est fatal". Ainsi dans notre dernière observation, se contenter d'une appendicectomie aurait été une erreur lourde de conséquence. Enfin l'absence d'épisode hémorragique intestinal ne put aider tant soit peu la clinique.

L'observation numéro 2 où le diagnostic fut positif par la persistance d'un tractus fibreux fixé à l'ombilic, ne pose aucune difficulté.

Enfin nos deux observations d'invagination ne posèrent à vrai dire que le problème de l'étiologie qui fut résolu à l'intervention.

Pour clore, il semble que les affirmations de BLANC et de TISDALL "le diagnostic n'est fait qu'à l'intervention" soient encore en partie justes surtout pour les formes inflammatoires, les formes invaginant et les formes pseudo-tumorales. Les formes ulcérées et hémorragiques sembleraient, au moins en partie, échapper à ce postulat.

TRAITEMENT

--:

Le problème thérapeutique ne pose le plus souvent aucune difficulté. Qu'il s'agisse d'un syndrome aigu ou chronique, il relève essentiellement de la chirurgie.

Il semble que la reproduction d'une invagination antérieurement parfaitement réduite sous scopie par lavement baryté, soit une indication d'intervention sanglante afin d'éliminer un point de départ meckelien. De plus si l'on trouve du pus dans l'abdomen au cours d'une laparotomie, la recherche d'un diverticule de Meckel s'impose (observation de FEVRE et LEPART).

L'ablation du diverticule n'est pas toujours suffisante que ce soit dans le cas de VON HABERER cité par FEVRE et SEMELAIGNE "les adhérences péridiverticulaires étaient si intimes qu'il fallut réséquer pour l'enlever trente centimètres d'iléon et le caecum" ou dans notre observation numéro 1 où une résection d'une partie du transverse avec anastomose termino-terminale fut nécessaire.

Dans les formes péritonitiques, il faut rechercher l'étiologie. Même si l'appendice paraît en cause, il faut quand même rechercher le Meckel et s'il existe, l'enlever :

"Se contenter du drainage est un traitement fort décevant" comme le montre l'observation d'HALLOPEAU citée par MONDOR.

Enfin, cette présence doit être recherchée systématiquement au cours de toute intervention abdominale. Comme le dit WINKELBAUER "... qu'il faille l'enlever, s'il semble lésé avec évidence, se conçoit sans commentaire ; mais s'il semble sain, il faut l'enlever aussi, et même s'il est une découverte de hasard, au cours d'une intervention quelconque, car il fait courir au malade une série de dangers qui motivent largement cette ablation". Cette ectomie d'un diverticule apparemment sain peut donner lieu à surprise comme dans le cas de SCHULLINGER et STOUT où un adolescent de 16 ans opéré pour hémorragies intestinales fut trouvé porteur d'un diverticule de Meckel parfaitement sain et qui, après ablation, présentait dans sa lumière un petit adénome pédiculé qui était la cause des hémorragies.

CONCLUSIONS

-:-

Devant un syndrome abdominal aigu, surtout chez un enfant, il faut penser à la possibilité d'une affection d'origine meckelienne.

L'apparition d'une tuméfaction douloureuse de la région para ou sous-ombilicale, la présence de pus dans le péritoine au cours d'une invagination intestinale, la rétraction douloureuse spasmodique de l'ombilic doivent faire suspecter un diverticule de Meckel.

Au cours de toute intervention pour appendicite, quel que soit l'état de l'appendice, la recherche d'un diverticule et son ectomie s'imposent, que son aspect soit pathologique ou non !

Enfin, au cours de toute laparotomie, il faut explorer systématiquement la fin du grêle.

Que le diagnostic clinique et radiologique bute, l'intervention doit le redresser. Ainsi l'ectomie évitera de laisser évoluer un diverticule vers de redoutables complications et parfois une issue fatale.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : M. FEVRE

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

-:-

AUGIER

Thèse Paris 1888

AUGUSTE C., DELANNOYE E., TACQUET A.

Diagnostic radiologique du diverticule
de Meckel

Arch.Mal.App.Digest. nov-déc. 1948 38
n° 11-12 1125-1127

BAILLAT, de CLISSON

Invagination chronique chez un grand
enfant par invagination du Diverticule
de Meckel

Mém.Ac.Chirurgie février 1950 76 n° 6-7
261-264

BLANC

Contribution à la pathologie du Diver-
ticule de Meckel

Thèse Paris 1898-1899 n° 393

CAHIER L.

L'inflammation des Diverticules intesti-
naux ou diverticulite

Revue de Chirurgie 1906 n° 9 338-364
n° 10 550-576

CALIN

Etude anatomique et pathologique sur les
diverticules de l'intestin

Thèse Paris 1862 n° 138

CAPLAN M., BADNER D.

Diagnostic radiologique du Diverticule
de Meckel

Revue Gastro-Entero n° 1952 19 n° 11
873-880

COLLINS D.C.

Le diverticule de Meckel. Etude de
520 cas.

J.of Intern. Colleg.Surg. juin 1950
13 N° 6 721-728

DEBRE

Pathologie Infantile
Doin 1946

DELON Hervé Louis

Perforations de l'ulcère du Diverticule
de Meckel en péritoine libre et leur
traitement

Thèse Montpellier 1938 n° 11

FAYOLLET A.

Contribution à l'étude des gangrènes
du Diverticule de Meckel
Thèse Paris 1909 n° 390

FEVRE M.

Chirurgie Infantile d'urgence
Paris Masson 1933

FEVRE M.

Pathologie chirurgicale et malforma-
tions congénitales et acquises du tube
digestif
Paris 1934

FEVRE M. et SEMELAIGNE

Pathologie du Diverticule de Meckel
Congrès des Pédiatres de Langue Fran-
çaise 1933

FEVRE M., PATEL, LEPART

Extr.Bulletin Société de Pédiatrie
21.10.1930 n° 8

FORGUE E., RICHE V.

Le Diverticule de Meckel
Doin Paris 1907

GIROUD, LELIEVRE

Embryologie
Paris

GOGIBUS G.

Invagination du Diverticule de Meckel
et Invagination Intestinale
Thèse Lille 1909 n° 17

GUILLEMINET M. STAGNARA P., et SCHNEPP

Occlusion intestinale par Diverticule
de Meckel
Lyon Chirurgical nov-déc. 1950 45 n° 8
953-958

GROS G.W.

Importance clinique du Diverticule de
Meckel par les dangers qu'il présente
Bruns.Beitr.Klin.Chir. 1953 187 n° 4
409-419

HARKINS H.N.

Invagination du Diverticule de Meckel
Etude de 160 cas de la littérature
Ann.Surg. déc. 1933 98 1070-1095

HEPP J.

Nouveau Précis de Pathologie chirurgicale
Tome 5

HILGENREINER H.

Occlusions intestinales par Diverticule
de Meckel
Beitr.Klin.Chir. 1902 23 702-787

JAMET Louis

Contribution à l'étude des tumeurs du
Diverticule de Meckel
Thèse Alger 1940 n° 57

JAY G.D., MARGULIS R.R., MAC GRAW A.B.,
NORTHRIP R.R.

Le diverticule de Meckel : étude de 103
cas
Arch.Surg. Juillet 1950 61 n° 1 158-
169

LAPEYRE N.C., COURTY A., CARABALONA P.,
CAZALIS C.

Invagination du Diverticule de Meckel
avec invagination iléo-colique associée
Société de Chirurgie Montpellier 26-3-54

LEBAYON née LEREVEREND L.

Contribution à l'étude des perforations
par ascaris du Diverticule de Meckel
Thèse Paris 1942 n° 247

MASQUERE Maurice

Contribution à l'étude des occlusions
intestinales dues au Diverticule de
Meckel
Thèse Toulouse 1945 n° 29

MONDOR H.

Diagnostics urgents - Abdomen
Masson 1949

MONDOR H. et LAMY M.

Etude clinique des ulcères du Diverti-
cule de Meckel
Journal de Chirurgie 1933 41 533-584

NEMOURS-AUGUSTE N.

Examen radiologique du Diverticule de
Meckel
Arch.Mal.App.Dig.

OMBREDANNE

Précis clinique et opératoire de Chirurgie Infantile
Paris Masson 1949

OTTI

Contribution à l'étude des occlusions intestinales aiguës par diverticule de Meckel
Arch.Sc.Med. Août 1949 38 n° 2
149-162

PELET Robert

Diverticulite de Meckel et appendicite.
Etude critique de quatre observations de Diverticule de Meckel
Thèse Montpellier 1940 n° 60

PERIER François

A propos des complications du Diverticule de Meckel. La Hernie de Littré en particulier
Thèse Paris 1938 n° 732

PICQUE - GUILLEMOT

Congrès de Chirurgie 1897 p. 480

RACHET J., BUSSON A., DEBRAY Ch.

Pathologie de l'Intestin Grêle
Flammarion

ROGIE

Journal des Sciences médicales
Lille 1892

SARRAZIN C.

Contribution à l'étude des accidents dûs au Diverticule de Meckel
Thèse Bordeaux 1941 n° 8

SCHNEI G.P. - JACKSON A.

Diverticule de Meckel - Description de 39
cas

Am.J.Surg. déc. 1949 78 802-825

TESTUT - LATARJET

Anatomie Humaine - Abdomen

ZUMWINKEL

Statistiques des occlusions intestinales

Arch.Klin.Chir. 1890 33 838-844

S E R M E N T

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

